

Sofrimento à flor da pele: Depressão e autoestima em portadoras de vitiligo

Larissa Pires Ruiz

Maria de Jesus Dutra dos Reis

RESUMO

Vitiligo é a mais frequente doença de despigmentação da pele, com incidência de até 2% na população. Embora seja considerada apenas uma condição estética, por não impactar na integridade física do portador, estudos apontam correlação dessa doença crônica com sofrimento psicológico, como quadros de ansiedade e depressão. O presente estudo utilizou instrumento online “Formulário Google” e teve como objetivo: 1) examinar a ocorrência de indicadores de morbidades psiquiátricas em pacientes com vitiligo; 2) identificar a intensidade do incômodo atribuído para a presença de manchas em diferentes regiões corporais; e, 3) correlacionar incômodo atribuído com a localização da mancha, autoestima, comorbidades psiquiátricas em geral e, em particular, com a depressão. Foram analisados 114 questionários de mulheres adultas, com idade variando de 18 a 64 anos. Os resultados mostraram que intensidades altas de incômodo foram associadas a áreas de maior exposição social; 42,8% das participantes apresentaram sinais de depressão e 18,4% alcançaram escores de baixa autoestima.

Palavras-chave: vitiligo; depressão; autoestima.

ABSTRACT

“Pain over the skin”: Depression and self-esteem in bearers of vitiligo

Vitiligo is the most frequent depigmentation disorder of the skin, with an incidence of up to 2% of the population. Although it is considered only an aesthetic condition, since it does not impact on the physical integrity of the patient, studies indicate a correlation between this chronic disease and psychological suffering, such as anxiety and depression. This study used the online application tool “Google Forms” and aimed to: 1) examine the occurrence of psychiatric morbidity in patients with vitiligo; 2) identify the severity of discomfort attributed to the presence of spots in different body regions; and 3) correlate discomfort attributed to the location of the spot, self-esteem, psychiatric comorbidities in general, and particularly depression. 114 questionnaires of adult women aged 18-64 years were analyzed. The results show that high intensities of discomfort were associated with areas of greatest social exposure; and 42.8% participants showed depression’s indicators and 18.4% reached scores related with low self-esteem.

Keywords: vitiligo; depression; self-esteem.

A pele é o órgão mais extenso, constituindo-se como um limite entre o indivíduo e seu meio, processa informações que permite o estabelecimento de complexas relações do ser humano com seu ambiente físico e social. Doenças cutâneas, por sua visibilidade e extensão, podem potencialmente interferir em diferentes níveis desses processos, inclusive nas interações afetivas e sociais; estima-se que aproximadamente um terço dos pacientes com doenças dermatológicas desenvolvem distúrbios emocionais associados (Halder & Chappell, 2009; Nogueira, Zancanaro, & Azambuja, 2009). Uma condição psicodermatológica apresenta relação com morbidades psiquiátricas diversas, baixa autoestima e perda na qualidade da vida: o vitiligo (Ajose, Parker, Merrill, Adewuya, & Zachariah, 2014; Elbuluk & Ezzedine, 2017; Folks &

Sobre os Autores

L. P. R.
orcid.org/0000-0001-7642-0106
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - São Carlos, SP
larissaruiz2@hotmail.com

M. J. D. R.
orcid.org/0000-0002-5128-2074
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) - São Carlos, SP
jesus-reis@uol.com.br

Direitos Autorais

Este é um artigo de acesso aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC.



Warnock, 2001; Noh, Kim, Park, Hann, & Oh, 2013).

Halder & Chappell (2009) definem o vitiligo como uma doença provocada pela ausência total de pigmento (acromia), caracterizada pelo aparecimento de manchas brancas e originada pela perda seletiva das células que produzem melanina (melanócitos). Os mesmos autores indicam uma incidência da doença variando de 0,5 a 2,0% da população entre 10 e 30 anos de idade, em alguns países chegando a atingir até 8%; compromete todas as etnias, incluindo ambos os sexos, preferencialmente mulheres.

Embora não ameace a integridade física do paciente, o vitiligo pode acarretar um profundo efeito psicológico em seu portador. Autores têm apontado que manchas posicionadas em áreas expostas da pele, como face e mãos, frequentemente causam mal-estar, podendo estar relacionado ao impacto social produzido por uma frequente associação entre doença de pele, ideias de contágio e atribuição de pouco asseio pessoal; essas relações conduziram a um processo de estigmatização que pode levar alguns indivíduos a se afastarem desses pacientes (AlGhamdi, 2010; Bú, Alexandre, Scardua, & Araújo, 2017; Kent & Keohane, 2001; Choi et al., 2010; Datta, Panda, & Banerjee, 2015). Relatos de pesquisa têm indicado que esse processo social pode ter sérias consequências para a vida do portador, produzindo relatos de constrangimento social, vergonha, ansiedade, baixa autoestima e depressão (Bashir, Dar, & Rao, 2010; Ongene, Dierckx-sens, Brochez, Van Geel, & Naeyaert, 2005; Sarham, Mohammed, Gomma, & Eyada, 2016).

Taborda, Weber e Freitas (2005), em estudo desenvolvido junto ao serviço de dermatologia de uma cidade do Rio Grande do Sul, investigou a prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com doenças dermatológicas, por meio do questionário de triagem de doença mental, o *Self Reported Questionnaire* (SRQ-20). Desenvolvido pela OMS, esse instrumento busca rastrear, de forma rápida e com baixo custo, indicadores de problemas de saúde mental como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldades de concentração, queixas somáticas, entre outros. Participaram 76 pacientes de ambos os sexos e com dermatoses distintas (ex. acne vulgar, vitiligo, psoríase, entre outras). Os resultados mostraram que 25% dos participantes com vitiligo apresentaram indicadores de sofrimento psíquico, sendo relatados valores significativamente maiores do que aquele observado nos pacientes com acne vulgar.

Autores buscaram determinar a frequência de morbidades psiquiátricas em pacientes com diagnóstico de vitiligo, tratados em uma clínica dermatológica na Turquia; o estudo procurou investigar a relação entre ansiedade, depressão, ansiedade social e autoestima (Balaban, Atagün, Özgüven, & Özsan, 2011). Participaram do estudo 42 pacientes com vitiligo

e 42 sem doenças dermatológicas, com igual idade, gênero e nível educacional. Foram aplicadas: a Entrevista Clínica Estruturada do DSM IV das desordens do Eixo 1, Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade (HADS), a Escala de Autoestima de Rosenberg, a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, e a Escala Sheehan de Dificuldades. Os autores observaram, nas análises derivadas da Entrevista Clínica Estruturada, que as desordens do Eixo 1 foram significativamente mais frequentes ($\chi^2 = 5,26$, $p < 0,02$) no grupo com vitiligo (13,31%) do que no grupo controle (3, 9,1%), sendo que a Depressão Maior apresentou a maior incidência. Além disso, a autoestima também foi significativamente menor no grupo com vitiligo do que no grupo controle ($p < 0,01$). Mulheres apresentavam escores de maior cuidado para todas as medidas; além disto, os maiores escores pareciam estar relacionados a presença de manchas no rosto ou áreas íntimas. No entanto, não foram identificadas diferenças significativas entre os dois grupos nos escores obtidos nos demais instrumentos específicos de ansiedade ($p < 0,37$), depressão ($p < 0,07$) e ansiedade social ($p < 0,18$). Diferentemente, outro estudo que buscava identificar a taxa de sintomas psiquiátricos aplicando o mesmo instrumento de medida dos escores de depressão e ansiedade do estudo anterior (HADS), apresentou escores significativamente mais altos de depressão ($p < 0,005$) e ansiedade ($p < 0,001$) para aqueles com diagnóstico de vitiligo (Mufaddel & Abdelgani, 2014). Essas divergências nos resultados podem ser decorrentes da diferença no tamanho da amostra endereçada nos dois estudos, particularmente no que concerne à depressão; na segunda investigação, foram examinados resultados decorrentes de uma amostra visivelmente maior de participantes (105 participantes com patologias dermatológica e 105 na condição controle).

Em estudo desenvolvido em Singapura (Chan et al., 2011), pesquisadores investigaram fatores associados a depressão em pacientes com 21 anos ou mais, diagnosticados como portadores de vitiligo por médico qualificado. Para tanto, uma pesquisa na forma de *survey* foi implementada, no período de um ano, em um centro de atendimento dermatológico da cidade. O instrumento utilizado para a coleta era composto de três diferentes partes: 1) levantamento dos dados demográficos (ex. idade, educação, renda mensal e estado civil); 2) informações clínicas sobre a doença (ex. duração da doença, tratamentos); e, 3) medidas de impactos psicológicos utilizando três diferentes instrumentos (Escala de Depressão para Estudos Epidemiológico; a Escala de Autoestima de Rosenberg; e, Index de Qualidade de Vida em Dermatologia). Na amostra avaliada 17,2% dos pacientes apresentavam indicadores de depressão. Análises de Regressão foram realizadas para identificar os melhores preditores desse transtorno. Os resultados mostraram que mulheres ($p < 0,05$), com idade inferior a 50 anos ($p < 0,016$), que conviviam a mais de 5 anos

com a patologia (0,021), com baixa autoestima ($p < 0,002$) e pobre qualidade de vida ($p < 0,004$) apresentavam riscos significativamente maiores de depressão. Estudo desenvolvido na Grécia, com 216 pacientes portadores de vitiligo, mostrou resultados similares com relação a autoestima e qualidade de vida, em particular para a população do sexo feminino (Bonotis et al, 2016).

Embora a literatura internacional venha acumulando evidências que parecem apontar para uma relativa comorbidade entre depressão, ansiedade e vitiligo, poucas pesquisas têm sistematicamente endereçado estas questões com a população brasileira. Além disso, os resultados presentes na literatura, embora ainda escassos, parecem apontar a necessidade de uma investigação mais cuidadosa da relação entre a localização das manchas com maior (ou menor) exposição social e o desconforto percebido. Entretanto, nas investigações examinadas não foram observadas condições de coleta e de análise que, de forma sistemática, computasse a relação entre desconforto relativo à área do corpo onde se localiza a mancha, seu potencial de acessibilidade a exame social e os indicadores psicodiagnósticos de saúde mental.

Desta forma, o presente estudo teve como objetivo: (1) identificar a intensidade de incomodo com manchas e sua relação com sua potencial exposição social; (2) examinar a ocorrência de indicadores de morbididade psiquiátrica em pacientes com vitiligo; e, (3) avaliar a correlação dos indicadores de incômodo com a presença das manchas, a autoestima, as comorbidades psiquiátricas em geral e, em particular, com a depressão. Uma vez que os resultados têm mostrado uma maior incidência de morbididade psiquiátrica em mulheres, o presente trabalho restringiu sua investigação a essa população.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Foram convidadas a participar do estudo mulheres que tivessem um diagnóstico de vitiligo, realizado por profissional qualificado. O convite foi encaminhado em mídia digital, disponibilizado na Plataforma *Facebook* das pesquisadoras e por mensagem eletrônica encaminhada para endereços de instituições e organizações devotadas às questões relativas a quadros dermatológicos, em especial, ao vitiligo. Para ser incluído no estudo o respondente deveria: 1) ter concordado com as condições apresentadas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 2) ser do sexo feminino; 3) indicar ter 18 anos ou mais; e, 4) ter recebido um diagnóstico de vitiligo por profissional de saúde qualificado.

LOCAL/EQUIPAMENTOS/INSTRUMENTOS

A pesquisa utilizou um questionário desenvolvido com a ferramenta *Google Formulários*. Foram coletadas informações relativas às variáveis socioeconômicas, a convivência com a doença, indicadores de autoestima e de saúde mental. As questões referentes a informações socioeconômicas investigaram: idade; gênero; escolaridade; estado civil; renda familiar e individual; e indicadores econômicos relativos às condições de habitação (número de pessoas que vivem na residência, o número de cômodos e de banheiros das mesmas). Sobre a convivência com a doença foram solicitados a idade de aparecimento das manchas, a formação do profissional que realizou o diagnóstico, a natureza dos tratamentos já implementados e informações sobre uso de recursos cosméticos.

A respondente informava, ainda, a região de seu corpo que era afetada por manchas e o quanto cada uma delas produzia incômodo. Para tanto, uma representação de um modelo de corpo humano feminino foi incluída, sendo que diferentes partes desse modelo foram numeradas de 1 a 23; na Figura 1, apresentada no transcrito dos resultados, estas regiões podem ser examinadas. Para cada região do corpo impactada com manchas foi solicitado que a participante estimasse o “incomodo” produzido por sua presença, utilizando uma escala *Likert* variando de 0 (nenhum incomodo) a 4 (me incomoda muito, não suporto a mancha). Para a análise das áreas afetadas e grau de incômodo associado, as 23 regiões do esquema corporal foram organizadas em três áreas classificadas por seus potenciais de exposição social, estimadas considerando a vestimenta da mulher mediana na cultura brasileira, em especial os trajes diários da mulher da região sudeste do País, a saber:

Áreas 1. Áreas periféricas e expostas do corpo, difíceis de serem encobertas por vestimentas, como rosto e mãos; incluem no esquema corporal as regiões 1, 2, 3, 6 e 17.

Áreas 2. Áreas com custo relativo médio de dificuldade para serem encobertas, como braços, pernas, colo e pescoço, compostas pelas regiões 4, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 20, 21 e 22.

Áreas 3. Áreas com baixa exposição social por serem encobertas como couro cabeludo, pés e regiões íntimas, formadas pelas regiões 7, 8, 9, 13, 14, 18, 19 e 23.

A Escala de Autoestima desenvolvida por Rosenberg foi utilizada como indicador dessa variável. Esse instrumento foi traduzido e validado para adultos e adolescentes brasileiros, apresentando bons indicadores de consistência interna (Hutz, 2000: *Alfa de Cronbach* de 0,86; Hutz & Zanon, 2011: *Alfa de Cronbach* de 0,90); uma análise confirmatória considerando os questionários do presente estudo mostrou um *alfa de Cronbach* de 0,86. A Escala apresenta dez sentenças: cinco

dessas são referentes a autoconceitos positivos ou autovvalorização e cinco dizem respeito a autoconceitos negativos ou autodepreciativos. Essas afirmativas deveriam ser avaliadas considerando uma escala *Likert*, variando de 1 (Discordo Totalmente) a 4 (Concordo Totalmente). No escore geral, a pontuação varia de 10 a 40, sendo que quanto maior a pontuação, maior a autoestima. No presente estudo escores iguais ou inferiores a 25 pontos foram computados como indicativos de baixa autoestima, seguindo a normatização realizada com população brasileira adulta (Hutz & Zanon, 2011).

Dois instrumentos foram utilizados para medidas de indicadores de saúde mental: 1) a Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 Adulto (PROMIS Nível 1); e, 2) Escala Transversal de Sintomas de nível 2 de Depressão (PROMIS depressão). Esses dois instrumentos transversais foram escolhidos considerando particularmente: 1) sua avaliação de comportamentos, cognições e emoções apontados como relevantes para o diagnóstico utilizando critério do DSM-5 e; 2) por serem de domínio público e gratuito, sendo liberado o seu uso em plataformas *on line*.

A PROMIS Nível 1 é um instrumento que rastreia a presença de indicadores de cuidado em 13 domínios de saúde mental: depressão; raiva; mania; ansiedade; sintomas somáticos; ideação suicida; psicose; distúrbio do sono; memória; pensamentos e comportamentos repetitivos; dissociação; funcionamento da personalidade; e uso de substâncias. O instrumento foi traduzido e disponibilizado no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5* (American Psychiatric Association – APA, 2014). Numa avaliação usual, as áreas rastreadas como indicando cuidado nesse instrumento deveriam ser investigadas com mais especificidade, por sinalizarem uma possível existência de transtornos mentais. Uma análise da confiabilidade da escala, considerando os 114 questionários do estudo, apontou uma forte consistência interna (*alfa de Cronbach* de 0,92).

A PROMIS Nível 2 de depressão foi originalmente proposta pela APA com o objetivo de avaliar níveis de depressão, após rastreio de cuidado no PROMIS Nível 1; sua versão para adultos foi indicada, na amostra original, para indivíduos de ambos os sexos, com 18 anos ou mais. Foi utilizada a tradução e adaptação cultural dos bancos de itens para a língua portuguesa (Castro, Rezende, Mendonça, Silva, & Pinto, 2014). O instrumento solicita que o respondente avalie a frequência estimada de oito diferentes condições, nos últimos sete dias, tais como: senti-me sem esperança, senti-me um fracassado, etc. Cada item deve ser avaliado utilizando uma escala *Likert* de cinco pontos, variando de 1 (Nunca) a Sempre (5); o escore total varia de 8 a 40 pontos. Quatro diferentes níveis de depressão podem ser identificados: 1) Nenhuma ou Mínima (Escore de 0 a 16); 2) Leve (17 a 22); 3)

Moderada (23 a 32); e 4) Severa (33 a 40); escores nos níveis moderados ou severos de depressão seriam indicativos de cuidado em saúde mental. Na presente amostra, o instrumento apresentou forte consistência interna (*alfa de Cronbach* de 0,96).

PROCEDIMENTO

O projeto foi avaliado e aprovado por comitê de ética para pesquisa com humanos, estando seu registro e protocolo disponíveis junto à Plataforma Brasil (CAAE: 40428714.5.0000.5504). As participantes foram convidadas para a pesquisa por meio de panfletos, convite pessoal e Internet, assim como divulgação por endereço eletrônico ou por redes sociais. As interessadas eram convidadas a responder um questionário, construído com ferramenta *Google* Formulários e disponibilizado nas plataformas digitais; deveria ser respondido individualmente, em ambiente *on line*.

O instrumento ficou disponibilizado para acesso dos interessados por um período de aproximadamente um mês (treze de fevereiro a quatorze de março). Ao acessarem a página da Internet correspondente à pesquisa, as participantes eram inicialmente informadas quanto às justificativas, ao objetivo e às implicações do estudo, pela apresentação do TCLE. Nesse termo foi fornecido informações sobre contato com as pesquisadoras, órgãos responsáveis pela pesquisa, endereços para esclarecimentos, pedidos de ajuda ou denúncias. A anuência deveria ser indicada pela concordância com cinco elementos do TCLE, de forma individual e separada, a saber: 1) estar ciente dos objetivos, riscos e benefícios da investigação; 2) considerar-se informado sobre o sigilo; 3) informado sobre a ausência de ônus; 4) autorização para publicação dos resultados (respeitada a condição de sigilo); e, 5) a não obrigatoriedade de fornecimento de informação. Uma afirmativa final solicitava a concordância com todos os itens anteriores. Foram selecionados para análise respondentes que indicaram concordância para esses cinco itens explicitados.

Os demais instrumentos eram apresentados imediatamente após o conhecimento e as indicações de concordância dos termos do TCLE, obedecendo a seguinte sequência: 1) dados socioeconômicos; 2) informações gerais sobre o vitiligo; 3) inventário de Autoestima; 4) PROMIS Nível 1; e 5) PROMIS Nível 2 de depressão. As questões foram apresentadas de forma sucessiva até a conclusão do instrumento.

Ao final do questionário foram apresentadas orientações finais, agradecimentos pela participação, um pedido para que as respondentes informassem interesse em participar, ou não, de futuras pesquisas relacionadas ao tema. Caso tivesse interesse, foi solicitado que fornecesse formas de contato. Além disto, foi disponibilizado um *link* com o Portal

da Sociedade Brasileira de Dermatologia, no verbete vitiligo (Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2015). Nesse portal encontram-se disponibilizadas informações gerais sobre a doença e contatos de profissionais da área ligados a essa associação, em todas as regiões do País.

Num primeiro exame, os dados foram escrutinados para identificar se existiriam casos de duplos envios, ou seja, questionários encaminhados na mesma data e em horário próximo, apresentando coincidência em cem por cento das informações; nenhum caso foi identificado com essa característica. Os resultados individuais foram examinados, sendo excluídos seis questionários por não atenderem a algum dos critérios de inclusão, a saber: um respondente indicou ser do sexo masculino; uma declarava ter manchas, mas nunca ter recebido diagnóstico profissional; uma terceira indicou ter recebido diagnóstico de um farmacêutico; os demais questionários excluídos informaram idade inferior a 18 anos. Desta forma, foram analisados 114 dos 120 questionários encaminhados.

As análises estatísticas, descritivas e inferenciais, foram realizadas através do *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 20,0. Todos os instrumentos utilizados foram corrigidos considerando as normas estabelecidas para a obtenção dos seus escores. Para o cálculo do *incômodo total* por participante, nas diferentes áreas, os escores dos incômodos atribuídos às regiões daquela área foram somados e divididos pela quantidade de regiões que a compunham, a saber: a Área 1 era composta por cinco regiões; a Área 2, por dez regiões; e a Área 3, por oito regiões.

RESULTADOS

Foram respondidos 120 questionários, sendo incluídos para a análise 114 por atenderem aos critérios de inclusão. Das participantes selecionadas, 112 (98,2%) relataram ter recebido diagnóstico por dermatologista e duas (1,8%) por clínico geral. As participantes apresentavam idade variando de 18 a 64 anos, sendo que 64,0% estavam na faixa etária entre 21 e 40 anos. A maioria informou ser solteira (39,5%), 36,8% indicaram ser casada, 21,1% divorciada e 2,6% viúva. A grande maioria se auto referenciou como branca (55,3%) ou parda (36,8%). Para 71,9%, a renda familiar foi igual ou inferior a 6 salários mínimos; desses, 37,7% declararam renda de três salários ou menos. 72 participantes (63,2% da amostra) declararam alguma forma de endereço para contato, sendo que 56 desses declarantes (77,8%) explicitavam Cidade e Estado da Federação de origem. Examinando essas informações observou-se declarações de residência oriundas de todas as Regiões do território nacional, a saber: Região Sudeste (55,4%), Nordeste (14,3%), Sul (12,5%), Centro Oeste (10,7%) e Norte (7,1%).

A maioria das participantes observou o surgimento de manchas com 20 anos de idade ou menos (59,6%), tendo convivido com a doença há pelo menos 10 anos (41,2%). Uma parte representativa realizou algum tipo de tratamento sob prescrição médica, tanto por medicação oral (69,3%), quanto por uso de pomadas ou loções corporais (63,2%); a participante que relata não ter feito tratamento, tinha recebido o seu diagnóstico recentemente (um ano ou menos). O protetor solar (72,8%), cremes corporais e faciais (60,5%) e a maquiagem (43,9%) parecem ser recursos cosméticos diários. Apenas 17 participantes (14,9%) procuraram cuidados psicoterápicos para lidar com a doença.

A Figura 1 expõe a representação do corpo humano disponibilizada no instrumento, contendo a porcentagem da incidência de manchas informadas nas regiões corporais examinadas, para as três áreas sistematizadas; a distribuição do Incômodo Total, calculado para as três áreas propostas, pode ser observada na sua porção inferior. 72% das participantes declara apresentar manchas na região genital (Região 9); a menor incidência foi na região da panturrilha (25%, Região 22). 15 participantes indicaram manchas em todas as

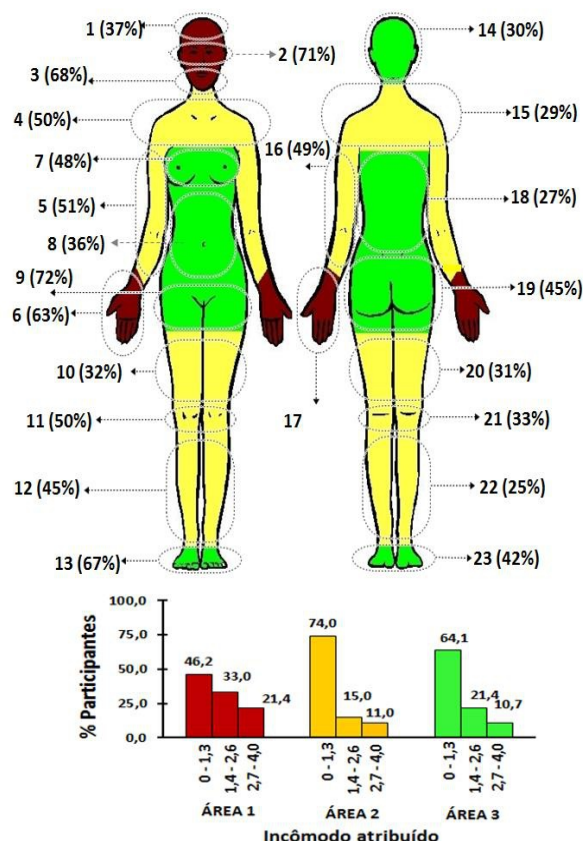


Figura 1. Porcentagem de incidência de manchas por região corporal investigada (parte superior) e distribuição dos escores de incômodo atribuído por participante, para as três diferentes áreas propostas (parte inferior).

regiões (13,2%); cinco delas em apenas uma (4,4%). Ao examinarmos as participantes com maiores escores de incômodo (incômodo igual ou acima de 2,7 pontos) em cada área, podemos observar que 20,8% dessas atribuíram esses valores para regiões da Área 1; nas Áreas 2 e 3 essas atribuições foram indicadas por 11,0% e 10,7% das participantes, respectivamente. Ao considerarmos os menores valores de incômodo (0 a 1,3 pontos), observamos que 74,0% das participantes indicaram tais valores para regiões da Área 2 e 64,1% da Área 3; na Área 1, esses mesmos valores foram indicados por 46,2% da amostra.

A Tabela 1 apresenta média (\bar{x}) e desvio padrão (DP) do Incômodo atribuído para todas as regiões, organizadas por área e em ordem decrescente. Podemos examinar, ainda, o número de participantes com manchas na região (N), a

frequência e porcentagem das áreas sem incômodo (Zero) e daquelas com maior atribuição (Quatro). Para cada área, o sombreado destaca as três regiões com maiores médias de atribuições de incômodo. Na Área 1, manchas nas regiões da boca, palma das mãos e olhos receberam os maiores valores de atribuições de incômodo (respectivamente com 2,79; 2,58 e 2,49). Vale notar que quando consideramos a porcentagem de escore máximo atribuído (escore 4), as regiões de maior desconforto foram boca, palma das mãos e testa (38,5%, 36,7% e 35,7%, respectivamente). Observamos, ainda, que somente nessa área todas as regiões apresentam 32% ou mais de atribuição de desconforto máximo (escore 4); uma porcentagem de 16,7% ou menos indicaram ausência (zero) de incômodo referente às manchas presentes.

Na Tabela 1, examinando informações referentes a Área

Tabela 1. Média (\bar{x}) e desvio padrão (DP) do incômodo atribuído para todas as regiões, organizadas por área e em ordem decrescente. Podemos examinar, ainda, o número de participantes com manchas na região (N), a frequência e porcentagem de áreas sem incômodo (zero) e com sua maior atribuição (quatro). O sombreado destaca, para cada área, as regiões com maiores médias de atribuições de incômodo.

Região		N	x	DP	Zero (0)		Quatro (4)	
					Freq	%	Freq	%
Área 1								
03	Boca	78	2,79	1,3	07	9,0	30	38,5
17	Palma mãos	60	2,58	1,4	07	11,7	22	36,7
02	Olhos	81	2,49	1,4	11	13,6	26	32,1
01	Testa	42	2,43	1,5	06	14,3	15	35,7
06	Mãos	72	2,43	1,5	12	16,7	24	33,3
Área 2								
10	Coxas anteriores	36	2,53	1,4	04	11,1	11	30,6
12	Pernas	51	2,49	1,5	08	13,7	18	37,3
05	Antebraços anteriores	58	2,48	1,4	08	13,8	19	32,8
04	Ombros	57	2,44	1,5	12	21,1	19	33,3
20	Coxas posteriores	35	2,29	1,4	06	17,1	08	22,9
11	Joelhos	57	2,25	1,5	13	21,1	15	28,1
22	Panturrilha	29	2,14	1,5	07	24,1	06	20,7
16	Antebraços posteriores	56	2,11	1,6	14	25,0	15	26,8
15	Ombros	33	2,09	1,5	08	24,2	08	24,2
21	Joelho posterior	38	2,08	1,5	10	26,3	08	21,0
Área 3								
19	Nádegas	51	2,51	1,4	07	13,7	15	29,4
07	Seios	55	2,42	1,4	08	14,5	13	23,6
09	Genital	82	2,40	1,4	14	17,1	24	29,3
23	Tornozelo	48	2,38	1,6	11	22,9	18	37,5
13	Pés	76	2,28	1,5	17	22,4	21	27,6
14	Couro cabeludo	34	2,06	1,5	08	23,5	08	23,5
18	Costas	31	1,94	1,6	09	29,0	07	22,6
08	Abdômen	41	1,95	1,6	11	26,8	10	24,4

Tabela 2. Média (\bar{x}), desvio padrão (DP), mediana (M), menor e maior escore para as diversas medidas em saúde mental e incômodo atribuído.

Medidas	N	%	Menor	Maior	\bar{x}	DP	M
PROMIS Nível 1							
Total	114	100,0	0,0	13,0	5,8	3,6	6,0
0-5	55	48,2	0,0	5,0	2,6	1,7	3,0
6-13	59	51,8	6,0	13,0	9,0	1,8	9,0
Depressão							
Total	114	100,0	8,0	40,0	20,9	9,4	21,0
00-16	40	35,1	8,0	16,0	10,8	2,5	10,5
17-22	25	21,9	17,0	22,0	19,2	2,1	18,0
23-32	35	30,7	23	32	27,2	3,4	27,0
33-40	14	12,3	33	40	36,9	2,7	37,5
Autoestima							
Total	114	100,0	16,0	40,0	30,5	5,6	31,0
10-25	21	18,4	16	25	22,0	3,2	23,0
26-40	93	81,6	26	40	32,4	3,9	33,0
Incômodo total							
Total							
Área 1	106	92,1	0,0	4,0	1,61	1,1	1,60
Área 2	100	87,7	0,0	4,0	1,04	1,1	0,70
Área 3	103	80,7	0,0	4,0	1,16	1,1	0,88
0-1,3 (n = 189)							
Área 1	49	25,9	0,0	1,2	0,63	0,4	0,60
Área 2	74	39,2	0,0	1,3	0,50	0,4	0,40
Área 3	66	34,9	0,0	1,3	0,47	0,4	0,38
1,4-2,6 (n = 76)							
Área 1	35	46,1	1,4	2,6	1,86	0,4	1,80
Área 2	15	19,7	1,4	2,6	1,92	0,4	1,80
Área 3	26	34,2	1,4	2,5	1,93	0,3	1,94
2,7-4,0 (n = 44)							
Área 1	22	50,0	2,8	4,0	3,35	0,5	3,20
Área 2	11	25,0	2,7	4,0	3,42	0,5	3,20
Área 3	11	25,0	2,8	4,0	3,48	0,5	3,38

2, podemos observar que a porção anterior das coxas, as pernas e os antebraços anteriores apresentaram os maiores valores médios; respectivamente 2,53; 2,49 e 2,48. Na mesma área, a distribuição de extremo desconforto acontece em maior proporção para manchas nas pernas (37,3%), ombros (33,3%) e antebraços anteriores (32,8%). Para Área 3, as médias maiores foram observadas para a região das nádegas (2,51), seios (2,42) e genital (2,40). Examinando a proporção de desconforto máximo atribuído nessa mesma área, observamos que 37,5% foram indicados para manchas na região do tornozelo; 29,4% foram atribuídas a manchas localizadas nas nádegas e, 29,3% para manchas na região genital.

A Tabela 2 apresenta a frequência, porcentagem, medidas de tendência central (Média e Mediana), desvio padrão, menor e maior valores encontrados, nas diferentes medidas de saúde mental e de incômodo atribuído. Os sombreados ressaltam: 1) os escores dos instrumentos relacionados a cuida-

do em saúde; e, 2) as maiores proporções de participantes por intervalo de incômodo avaliado. Examinando os resultados referentes ao PROMIS Nível 1, observamos que 51,8% das participantes apresentaram indicadores de cuidado em 06 ou mais dos transtornos rastreados. Os escores obtidos no PROMIS Nível 2 de depressão variaram de 8,0 a 40,0 pontos, com 43,0% das participantes apresentando indicadores de cuidado em depressão (Moderada à Severa). O exame do instrumento de autoestima mostrou que 18,4% das participantes apresentaram escores indicativos de baixa autoestima. Para todos os instrumentos, a variabilidade dos escores na amostra foi relativamente baixa considerando o desvio padrão e os valores relativamente próximos das medidas de tendência central (média e mediana).

Ainda na Tabela 2, observamos que 92,1% das participantes indicaram manchas na Área 1, 87,7% na Área 2 e 80,7 na Área 3; a média total de incômodo relativo nas Áreas 1, 2 e 3

foram, respectivamente, de 1,61; 1,04 e 1,16. Examinando a distribuição dos 44 escores de incômodo/desconforto maiores (de 2,7 a 4,0) observamos que 50% desses foram indicadas na Área 1; 74,1% das menores atribuições (0 a 1,3) foram identificadas nas Áreas 2 e 3. Teste T por amostra em pares, *two tailed*, apontou que o incômodo para a Área 1 foi significativamente maior do que aqueles atribuídos para a Área 2 [$r = 0,72, p < 0,001$; $t(92) = 6,725, p < 0,001$] e para a Área 3 [$r = 0,67, p < 0,001$; $t(96) = 5,227, p < 0,001$]; além disto, os valores observados na Área 3 foram significativamente maiores que aqueles da Área 2, [$r = 0,85, p < 0,001$; $t(93) = -2,321, p < 0,022$].

A Figura 2 expõe a porcentagem de participantes que apresentaram indicadores de cuidados nos 13 domínios rastreados pela PROMIS Nível 1. As colunas em preto destacam

os indicadores com sinais de cuidado para 50% ou mais dos investigados. Os maiores escores de cuidado rastreados foram: Ansiedade (83,3%), Sintomas Somáticos (67,5%), Depressão (66,7%), Raiva (57,9%), Mania (57,0%) e Funcionamento da Personalidade (51,8%). Uma análise de correlação de *SPEARMAN* entre o indicador de depressão nesse instrumento e os escores obtidos no PROMIS Nível 2 depressão mostrou uma correlação positiva, forte e significativa ($r = 0,803, p < 0,001$).

A Tabela 3 descreve a frequência (Freq) e porcentagem (%) das participantes que apresentam sinais de cuidado em depressão (Moderada e Severa), seis ou mais itens rastreados como de cuidado no PROMIS Nível 1 e baixa autoestima (escores variando de 10 a 25). Representa como esta população de cuidado estaria distribuída concernente aos escores

Tabela 3. Distribuição dos indicadores de cuidado em depressão (moderada/severa), nos itens do PROMIS nível 1 (acima de cinco itens) e autoestima (0 a 25), relativos aos escores gerais de depressão, autoestima, PROMIS 1 nível 1 e maiores escores de incômodo por áreas (2,7 a 4,0). [Legenda: mod = moderada/sev = severa; freq = frequência]

		Depressão (Mod+Sev)		PROMIS 1 (Acima de 5)		Autoestima (10 a 25)	
	N	Freq	%	Freq	%	Freq	%
TOTAL	114	49	43,0	59	51,7	21	18,4
Depressão							
00-22	65			15	23,1	00	00,0
23-40	49			44	89,8	21	42,9
PROMIS 1							
0-5	52	22	42,3			04	7,7
6-13	62	27	43,5			17	27,4
Autoestima							
10-25	21	21	100,0	17	81,0		
26-40	93	28	30,1	42	45,2		
Incômodo (escore 2,7 a 4,0)							
Área 1	22	14	63,6	18	81,8	10	45,4
Área 2	11	06	54,5	09	81,8	02	18,2
Área 3	11	08	72,7	10	90,9	03	27,3

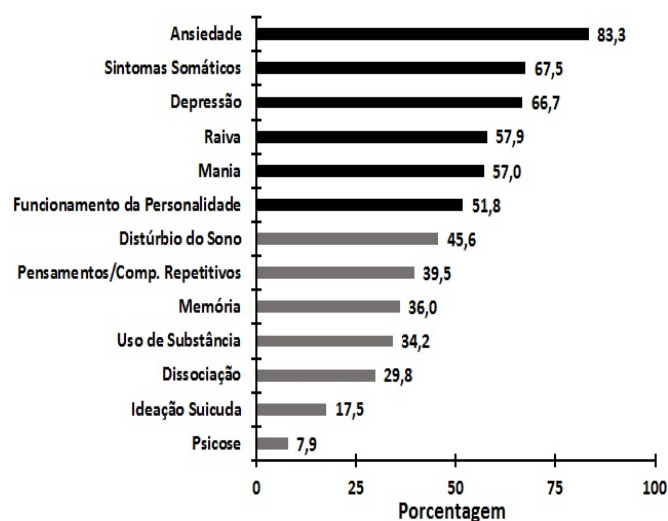


Figura 2. Porcentagem de participantes rastreados nos diferentes domínios do PROMIS Nível 1, como passíveis de maior investigação. Barras escuras indicam aqueles domínios com 50% ou mais das participantes apresentando sinais de cuidado.

nas medidas gerais de Depressão, PROMIS Nível 1, Autoestima e Incômodo alto nas diferentes áreas. Considerando os escores totais (TOTAL) vemos que 43,0% das participantes apresentam escores de cuidado em depressão, 51,7% indicam seis ou mais itens a serem rastreados em saúde mental e 18,4% apresentam escore relativo a baixa autoestima. Examinando os escores relativos às 49 participantes com depressão moderada ou severa (escores variando de 23 a 40), podemos observar que 44 (89,8%) apresentaram seis ou mais itens de cuidado no PROMIS Nível 1, e 21 (42,9%) mostraram indicadores de baixa autoestima. Considerando as 62 participantes com PROMIS Nível 1 indicando seis itens ou mais de cuidado, observamos que 43,5% apresentaram escores de cuidado em depressão e 27,4% baixa autoestima. As 21 participantes com escores de baixa autoestima (100%) alcançaram escores de cuidado em depressão (moderada ou severa); 81,0% dessas apresentaram seis ou mais indicadores de cuidado no PROMIS Nível 1.

A Tabela 3 também apresenta a distribuição para as 44 participantes que apresentavam incômodo atribuído variando de 2,7 a 4,0. Considerando as 22 participantes que apresentaram esses valores na Área 1, observamos que 63,6% obtiveram escores de cuidado em depressão, 81,8% apresentavam seis ou mais itens de cuidado em saúde mental e 45,4% mostravam indicador de baixa autoestima.

Uma Análise de Teste T por amostra em pares foi implementada para investigar a relação entre os escores de depressão, autoestima, domínios de cuidado no PROMIS Nível 1, porcentagem de regiões com manchas por área e o incô-

modo atribuído nas três áreas. Esta análise mostrou que quanto maiores os escores de autoestima, significativamente menores foram os escores de depressão [$r = -0,75$, $p < 0,001$; $t(113) = 7,317$, $p < 0,001$] e o número de domínios de cuidado no PROMIS Nível 1 [$r = -0,59$, $p < 0,001$; $t(113) = 31,763$, $p < 0,001$]. Observou-se, ainda, que quanto maior o escore de depressão, representativamente maior foi o aumento do número de domínios de cuidado [$r = 0,73$, $p < 0,001$; $t(113) = -22,280$, $p < 0,001$].

A análise estimando a relação entre o incômodo atribuído para as diferentes áreas e os indicadores de saúde mental mostrou que estas relações também foram significativas, embora mais fracas. Observou-se que quanto maior o incômodo atribuído, menores foram os escores observados para autoestima, em todas as áreas [Área 1: $r = -0,30$, $p < 0,002$, $t(105) = 48,776$, $p < 0,001$; Área 2: $r = -0,24$, $p < 0,014$, $t(99) = 48,799$, $p < 0,001$; Área 3: $r = -0,29$, $p < 0,004$, $t(102) = 50,812$, $p < 0,001$]. Além disso, quanto maior o incômodo atribuído, maior foi o número de frequência de domínios de cuidado rastreados no PROMIS Nível 1, para todas as áreas [Área 1: $r = 0,31$, $p < 0,002$, $t(105) = 12,783$, $p < 0,001$; Área 2: $r = 0,28$, $p < 0,004$, $t(99) = 14,050$, $p < 0,001$; Área 3: $r = 0,30$, $p < 0,002$, $t(102) = 13,743$, $p < 0,001$]. A relação entre incômodo atribuído e depressão também mostrou ser positiva e significativa, embora fraca, para as três áreas; quanto maiores os valores de incômodo atribuídos, maiores os escores em depressão [Área 1: $r = 0,29$, $p < 0,0012$, $t(105) = 21,441$, $p < 0,001$; Área 2: $r = 0,29$, $p < 0,004$, $t(99) = 21,414$, $p < 0,001$; Área 3: $r = 0,32$, $p < 0,001$, $t(102) = 21,655$, $p < 0,001$]. A porcentagem de regiões com mancha de cada área não mostrou correlação significativa com quaisquer dos indicadores de saúde mental, a saber: depressão (Área 1: $r = -0,02$, $p < 0,984$; Área 2: $r = 0,01$, $p < 0,915$; Área 3: $r = -0,05$, $p < 0,915$), autoestima (Área 1: $r = 0,02$, $p < 0,984$; Área 2: $r = -0,04$, $p < 0,677$; Área 3: $r = -0,09$, $p < 0,344$) e número de domínios indicando cuidado no PROMIS Nível 1 (Área 1: $r = 0,07$, $p < 0,468$; Área 2: $r = -0,06$, $p < 0,534$; Área 3: $r = 0,07$, $p < 0,506$).

DISCUSSÃO

Replicando estudos internacionais, as portadoras de vitiligo apresentaram indicadores relativos a diferentes transtornos mentais; em particular, a presença significativa de depressão e de ansiedade (Ajose, et al., 2014; Balaban, et al., 2011; Chan, et al, 2011; Elbuluk et al, 2017). Esses resultados também corroboram aqueles observados em estudo brasileiro (Taborda et al, 2005), no qual a medida de sofrimento psicológico incluía vários dos domínios avaliados pelo PROMIS Nível 1 (insônia, problemas de memória, raiva, sintomas somáticos).

Foi observada uma prevalência de 51,7% de domínios indicando alerta para morbidades psiquiátricas, com 43,0% apresentando sinais de cuidado em depressão. Pesquisa brasileira estimou uma prevalência de 23,9% da depressão em população de usuários de Unidade Básica, numa população com maioria feminina e idade próxima daquela observada no presente estudo (Molina, Wiener, Branco, Jansen, Souza, et al, 2012). Sendo assim, a prevalência observada na presente amostra de pacientes com vitiligo (43,0%) representa um valor quase duas vezes maior do que aquela que seria esperada em uma população geral, usuária de Unidade de Saúde. Esse resultado também replica aqueles descritos em estudos internacionais (AJose, et al., 2014; Balaban, et al., 2011; Bashir et al., 2010; Bonotis, et al., 2016; Chan et al., 2011; Noh, et al., 2013).

Parece existir uma relação entre atribuição de incômodo entre áreas mais expostas e a presença de indicadores de cuidado em depressão, baixa autoestima e comorbidade psiquiátrica, reproduzindo investigações anteriores (Balaban et al, 2010; Mufaddel & Abdelgani, 2014). Foi observado também um relativo desconforto nas regiões teoricamente encobertas, porém usualmente relacionadas ao comportamento erótico-sexual, a saber: seios, genital e nádegas, replicando outros trabalhos (Balaban, et al, 2011; Sarham et al, 2016). Interessante notar que manchas no tornozelo e pés também receberam valores expressivos de desconforto, regiões que na nossa cultura tropical também podem ser objetos de observação social, particularmente considerando as vestimentas no verão ou em áreas geográficas mais quentes.

Os resultados referentes às regiões do rosto (boca, olhos e testa) não parecem ser inesperados quando consideramos, entre outros fatores, a função das *expressões faciais* nas relações interpessoais. Expressões faciais têm sido descritas como poderosos estímulos nas interações sociais; seres humanos utilizam essas expressões para identificar perigos comuns, evitar conflitos, monitorar reações emocionais, ajustarem seu comportamento dependendo das reações de outrem, entre outros. (Russell, Bachorowski, & Fernandez-Dols, 2003; Spoor & Kelly, 2004; Waller, Cray Jr., & Burrows, 2008). A expressão facial parece ser objeto de constante avaliação através de processos evolutivamente selecionados, sendo uma parte do corpo que comunica, num espaço relativamente curto de tempo, um montante representativo de informações. Estudos apontam que não somente observamos cuidadosamente mudanças faciais, como respondemos a elas de forma diferenciada e, em alguma medida, incondicionada (Dimberg, Thunberg, & Elmehed, 2000; Dimberg, Thunberg, & Grunedal, 2002). Sendo assim, não seria improvável que alterações ou mudanças na pele que recobre a área facial (particularmente testa, olhos e boca), venham a exercer al-

gum protagonismo nos elementos de comunicação não-verbal e processos de interação social.

Das participantes com indicadores de baixa autoestima, 81% apresentaram seis ou mais domínios a ser investigado em saúde mental, sendo que 100% dessas mostraram escores de cuidado em depressão (moderada ou severa). Investidores têm proposto que a autoestima seria um autoconceito de dimensão avaliativa, envolvendo respostas comportamentais e emocionais que visaria monitorar a probabilidade de aceitação ou rejeição social. Defendem que repetidas experiências de exclusão social poderiam ter como respostas previsíveis a ansiedade social, depressão, baixa autoestima, ciúme, entre outros (Leary, 1990; Leary, Tambor, Terdal, & Down, 1995). Desta perspectiva, podemos hipoteticamente pressupor que manchas na pele em áreas visíveis durante episódios sociais e com potencial para produção de rejeição poderiam ser um dos processos importantes para a produção do impacto afetivo emocional encontrado na amostra em exame, mas também em outros estudos (AJose, et al., 2014; Balaban, et al, 2011; Bashir et al, 2010; Datta, et al, 2015; Folks & Warnock, 2001; Mufaddel & Abdelgani, 2014; Sarham et al, 2016). Em investigações posteriores, como corolário dessas considerações, seria relevante ampliar a coleta incluindo medidas de ansiedade social.

É interessante notar que somente 14,9% da amostra investigada aqui procurou algum cuidado psicoterapêutico para lidar com a patologia, mesmo nas condições de sofrimento emocional identificadas. Embora o vitiligo não produza impactos fisiológicos que causem danos severos à saúde física, os impactos produzidos nas dimensões psicológicas e afetivas parecem justificar a inserção de aspectos psicossociais nas condições de avaliação e intervenção dessa dermatose, incluindo nos protocolos de tratamento, quando necessário, cuidados psicoterápicos e em saúde mental. Essa indicação foi apontada por profissionais do Reino Unido que avaliaram protocolos de cuidado do vitiligo (Eleftheriadou et al., 2011); no entanto, foi defendida também por profissionais trabalhando com populações de outros países, a saber: Turquia (Balaban, et al, 2011), Nigéria (AJose, et al., 2014), Singapura (Chan, et al., 2011), Emirados Árabes (Mufaddel & Abdelgani, 2014), Paquistão (Bashir, et al., 2010), entre outros.

O instrumento proposto na forma de representação humana e a sistematização das regiões em áreas considerando o potencial de exposição social pela vestimenta parecem ter produzidos medidas bastante úteis e satisfatórias na investigação do fenômeno. É interessante observar que a medida com maior significância estatística não foi simplesmente a localização das manchas ou a extensão da sua área de cobertura; aparentemente, a intensidade do incômodo ou des-

conforto atribuídos no processo de percepção da mancha foram um dos preditores mais representativos na relação com os indicadores de cuidado em saúde mental. Em estudos futuros seria importante melhorar a efetividade e eficiência desse formato de coleta, organizando de forma mais sistemática as regiões críticas para análise e a distribuição delas considerando o seu papel potencial nas relações interpessoais.

Embora as informações tenham sido coletadas utilizando uma forma não presencial de coleta (questionário Google Formulários), acreditamos que representa informações válidas ao constatar: 1) o número de participantes pelo tempo de coleta; 2) a diversidade de origem da amostra investigada; e, 3) a apresentação voluntária de formas de contato presencial por mais de setenta participantes, demonstrando interesse no tema e compromisso em manter contato.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

Os resultados de pesquisas apresentados no manuscrito são frutos de trabalho realizado durante mestrado da autora Larissa Pires Ruiz, com orientação da Prof^a Dra^a Maria de Jesus Dutra dos Reis. Ambas participaram da escrita do manuscrito, coleta, tratamento dos dados, escrita de resultados e discussão.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSES

As autoras declaram que não há conflitos de interesses no presente artigo.

DECLARAÇÃO DE FINANCIAMENTO

A primeira autora obteve bolsa CAPES para a realização do presente trabalho.

REFERÊNCIAS

- Ajose, F. O. A., Parker, R. A., Merrill, E. L. C., Adewuya, A. O., & Zachariah, M. P. (2014). Quantification and comparison of psychiatric distress in African patients with albinism and vitiligo: A 5-year prospective study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28, 925-932. <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12216>
- AlGhamdi, K. M. (2010). Beliefs and perceptions of Arab vitiligo patients regarding their condition. *International Journal of Dermatology*, 49, 1141-1145. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2010.04514.x>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Balaban, Ö. D., Atagün, M. I., Özgüven, H. D., & Özsan, H. H. (2011). Psychiatric morbidity in patients with vitiligo. *The Journal of Psychiatric and Neurological Science*, 24, 306-313. <http://dx.doi.org/10.5350/dajpn2011240406>
- Bashir, K., Dar, N. R., & Rao, S. U. (2010). Depression in adult dermatology outpatients. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 20(12), 811-813. <http://dx.doi.org/12.2010/JCPSP.811813>
- Bonotis, K., Pantelis, K., Karaoulanis, S., Katsimaglis, C., Papa-liaga, M., Zafiriou, E., & Tsozas, P. (2016). Investigation of factors associated with health-related quality of life and psychological distress in vitiligo. *Journal of the German Society of Dermatology*, 14(1), 45-49. <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.12729>
- Bú, E. A., Alexandre, M. E. S., Scardua, A., & Araújo, C. R. F. (2017). Vitiligo as a psychosocial disease: Apprehensions of patients imprinted by the white. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0925>
- Castro, N. F. C., Rezende, C. H. A., Mendonça, T. M. S., Silva, C. H. M. & Pinto, R. M. C. (2014). Adaptação transcultural dos bancos de itens de ansiedade e depressão do patient-reported outcomes measurement information system (PRO-MIS) para língua portuguesa. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 879-884. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00096113>
- Chan, M. F., Chua, T. L., Goh, B. K., Aw, C. W. D., Thng, T. G. S., & Lee, S. M. (2011). Investing factors associated with depression of vitiligo patients in Singapore. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1614-1621. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03777.x>
- Choi, S., Kim, D. Y., Whang, S. H., Lee, J. H., Hann, S. K., & Shin, Y. J. (2010). Quality of life and psychological adaptation of Korean adolescents with vitiligo. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24, 524-529. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03452.x>
- Datta, P., Panda, A., & Banerjee, M. (2015). The pattern of appearance schema in patients with dermatological disorder. *International Journal of Indian Psychology*, 2(2), 73-83.
- Dimberg, U., Thunberg, M., & Elmehe, K. (2000). Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *Psychological Science*, 11, 86-89. <https://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00221>
- Dimberg, U., Thunberg, M., & Grunedal, S. (2002). Facial reactions to emotional stimuli: Automatically controlled emotional responses. *Cognition & Emotion*, 16, 449-471. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930143000356>

- Eleftheriadou, V., Whitton, M. E., Gawkrödger, D. J., Batchelor, J., Corne, J., Lamb, B., Ersser, S., Ranvenscroft, J., & Thomas, K. S. (2011). Future research into the treatment of vitiligo: Where should our priorities lie? Results of the vitiligo priority setting partnership. *British Journal of Dermatology*, 164, 530-536. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.10160.x>
- Elbuluk, N., & Ezzedine, K. (2017). Quality of life, burden of disease, co-morbidities, and systemic effects in vitiligo patients. *Dermatologic Clinics*, 35(2), 117-128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.det.2016.11.002>
- Folks, D. G., & Warnock, J. K. (2001). Psycocutaneous disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3, 219-225. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-001-0057-3>
- Halder, R. M., & Chappell, J. L. (2009). Vitiligo update. *Seminars in cutaneous medicine and surgery*, 28, 86-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sder.2009.04.008>
- Hutz, C. S. (2000). *Adaptação brasileira da escala de autoestima de Rosenberg*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Hutz, C. S., & Zanon, C. (2011). Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 41-49.
- Kent, G., & Keohane, S. (2001). Social anxiety and disfigurement: The moderating effects of fear of negative evaluation and past experience. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 23-34. <http://dx.doi.org/10.1348/014466501163454>
- Leary, M. R. (1990). Responses to social exclusion: Social anxiety, jealousy, loneliness, depression, and low self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(2), 221-229. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.1990.9.2.221>
- Leary, M. R., Tambor, E. S., Terdal, S. J., & Downs, D. L. (1995). Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 518-530. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.518>
- Molina, M. R. A. L., Wiener, C. D., Branco, J. C., Jansen, K., Souza, L. D. M., Tomasi, E., Silva, R. A., & Pinheiro, R. T. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6), 194-197. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>
- Mufaddel, A., & Abdelgani, A. E. (2014). Psychiatric comorbidity in patients with psoriasis, vitiligo, acne, eczema, and group of patients with miscellaneous dermatological diagnoses. *Open Journal of Psychiatry*, 4, 168-175. <http://dx.doi.org/10.4236/ojpsych.2014.43022>
- Nogueira, L. S. C., Zancanaro, P. C. Q., & Azambuja, R. D. (2009). Vitiligo and emotions. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 84(1), 41-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962009000100006>
- Noh, S. N., Kim, M. Park, C. O., Hann, S. K., & Oh, S. H. (2013). Comparison of the psychological impacts of asymptomatic and symptomatic cutaneous diseases: Vitiligo and atopic dermatitis. *Annals of Dermatology*, 25(4), 454-461. <https://doi.org/10.5021/ad.2013.25.4.454>
- Ongenaes, K., Dierckxsens, L., Brochez, L., van Geel, N., & Neyaert, J. M. (2005). Quality of life and stigmatization profile in a cohort of vitiligo patients and effects of the use of camouflage. *Dermatology*, 210, 279-285. <http://dx.doi.org/10.1159/000084751>
- Russell, J. A., Bachorowski, J., & Fernandez-Dols, J. (2003). Facial and vocal expressions of emotion. *Annual Review of Psychology*, 54, 329-349. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145102>
- Sarham, D., Mohammed, G. F. A., Gomaa, A. H. A., & Eyada, M. M. K. (2016). Female genital dialogues: Female genital self-image, sexual dysfunction, and quality of life in patients with vitiligo with and without genital affection. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(3), 267-276. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2015.1010678>
- Sociedade Brasileira de Dermatologia (2015). *Sociedade Brasileira de Dermatologia: Vitiligo*. Recuperado de <http://www.sbd.org.br/doencas/vitiligo>
- Spoor, J. R. & Kelly, J. R. (2005). The evolutionary significance of affect in groups: Communication and group bonding. *Group Processes and Intergroup Relations*, 7, 398-412. <http://dx.doi.org/10.1177/1368430204046145>
- Taborda, M. L. V. V., Weber, M. B., & Freitas, E. S. (2005). Avaliação da prevalência de sofrimento psíquico em pacientes com dermatoses do espectro dos transtornos psicocutâneos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 80(4), 351-354. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000400004>
- Waller, B. M., Cray Jr., J. J., & Burrows, A. M. (2008). Selection for universal facial emotion. *Emotion*, 8(3), 435-439. <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.435>

Recebido em: 28/06/2017
Primeira decisão editorial em: 01/10/2017
Aceito em: 03/11/2017